

居宅サービス計画又は介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

記入例 (要支援で委託なしの場合)

												区分														
												新規・変更														
フリガナ	コマツ タロウ											被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0				
氏名	小松 太郎											個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
												生年月日		明・大・昭						性別	男・女					
1 年 1 月 1 日																										
居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成依頼(変更)する事業者																										
事業所の名称												事業所の所在地														
丸内・芦城高齢者総合相談センター												小松市土居原町175番地														
事業所番号												1	7	9	9	9	9	9	9	9	電話番号 ()					
介護予防支援業務を受託する居宅介護支援事業者																										
※居宅介護支援事業者が介護予防支援業務を受託する場合のみ記入してください																										
事業所の名称												事業所の所在地														
事業所番号												電話番号 ()														
事業所を変更する場合の理由等																										
☐ 認定区分変更に伴う事業所の変更 (要支援 ・ 要介護)																										
☐ その他 ()																										
適用・変更年月日												令和 〇 年 〇 月 〇 日														
(あて先) 小松市長																										
上記の事業者へ居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成を依頼する																										
令和 〇 年 〇 月 〇 日																										
被保険者												住所 小松市小馬出町91番地														
氏名												小松 太郎														
電話番号												(99) 9999														
保険者確認欄												☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複														

適用対象となる
要介護度に
丸をつけて下さい

基本的にはサービス開始日となります。
(更新申請で要支援・要介護が変わった場合は、新たな介護度の有効期間開始日となります)
新規の方についても、適用日をさかのぼっての届出ではなく、速やかに提出して下さい。

市へ届出する日付

※ 小規模多機能型居宅介護事業所を利用する場合のみ記入してください。

小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無	
小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)および地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護および認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。	
☐ 居宅サービスの利用あり(利用したサービス:)	
☐ 居宅サービスの利用なし	

(注意) 1 この届出書は要支援認定申請、要介護認定申請時に、もしくは、居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに小松市へ提出して下さい。

2 居宅(介護予防)サービス計画を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず小松市に提出して下さい。届出のない場合、サービスに係る費用を、全額負担していただくことがあります。